

介護保険負担限度額認定申請書

令和4年度

美幌町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ				個人番号						
被保険者氏名				被保険者番号						
				生年月日	明・大・昭	年	月	日		
				電話番号						
住所	〒									
介護保険施設の名称・所在地	※入所(院)していない場合及びショートステイの場合は記入不要です。									
	名称				入所年月日	年	月	日		
	所在地	〒								
電話番号										

《 本人以外の方が提出される場合 》

届出人氏名			本人との関係			
住所	〒					
電話番号						

《 配偶者に関する事項 》

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の配偶者に関する申告について記載は不要です。				
フリガナ			市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税		
配偶者氏名			生年月日	明・大・昭	年	月 日
本年1月1日現在の住所	〒					
電話番号						

《 収入に関する申告 》

非課税年金受給の有無	有(遺族年金 / 障害年金) ・ 無	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税	生活保護受給の有無	有 ・ 無	
65歳以上の人 (年金収入+その他合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	⇨ かつ、預貯金額等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	⇨ かつ、預貯金額等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下				
	<input type="checkbox"/> 年額120万円超	⇨ かつ、預貯金額等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下				
65歳未満の人 (年金収入+その他合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	<input type="checkbox"/> 年額120万円超	⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
預貯金額等(普通・定期)	円	有価証券	円	現金等()	円	

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、美幌町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈被保険者〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

《 注意事項 》

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。